

À RENVoyer UNIQUEMENT EN CAS DE REPRise DU TRAVAIL

<input type="checkbox"/> LUXEMBOURG 32, rue Glesener L-1630 Luxembourg Tél. : 40 09 42-1000 Service rendez-vous : Tél. : 40 09 42-1010 E-mail : rendezvous.lux@stm.lu Fax : 40 09 42-91906	<input type="checkbox"/> ESCH-BELVAL 6, boulevard des Lumières Bâtiment Moiré, L-4369 Belvaux Tél. : 40 09 42-2000 Service rendez-vous : Tél. : 40 09 42-2010 E-mail : rendezvous.esch@stm.lu Fax : 40 09 42-91907	<input type="checkbox"/> ETTELBRUCK 1, rue de Feulen L-9043 Ettelbrück Tél. : 40 09 42-3000 Service rendez-vous : Tél. : 40 09 42-3010 E-mail : rendezvous.ettel@stm.lu Fax : 40 09 42-91908	<input type="checkbox"/> GREVENMACHER 20, route du Vin L-6794 Grevenmacher Tél. : 40 09 42-4000 Service rendez-vous : Tél. : 40 09 42-4010 E-mail : rendezvous.greven@stm.lu Fax : 40 09 42-91910
---	---	---	--

Réservé au STM	
Rendez-vous prévu le	à

Les salariés ne parlant pas luxembourgeois, français, allemand ou anglais sont priés de se faire accompagner par une personne qui assurera la traduction. Pour une question de confidentialité, le traducteur ne peut pas être un supérieur hiérarchique.

S'il s'agit d'un rendez-vous pour un salarié à mobilité réduite, cochez cette case

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE *(à compléter par l'employeur)*

Dénomination

Matricule uniquement pour les ménages privés

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax Email

Ce numéro sera utilisé par le STM pour les demandes de renseignements complémentaires

Responsable pour la demande

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ *(à compléter par l'employeur)*

Nom de naissance

Prénom Nom marital*

Matricule ou date de naissance
année mois jour

Pour les chauffeurs internationaux non-résidents : affiliation au centre commun de la sécurité sociale OUI NON

Adresse

Code postal Ville Téléphone*

Lieu de travail Date du contrat Date d'entrée en service

Type de contrat : déterminé : date de fin de contrat indéterminé intérimaire

Dénomination **exacte et précise** du poste occupé par le salarié dans l'entreprise comme défini dans l'inventaire des postes à risques :

Le salarié conduit-il des engins ou transporte-t-il régulièrement des personnes dans le cadre de son activité professionnelle ? OUI NON

Si oui, précisez quels types d'engins ou de transports

Dans le cadre de son activité professionnelle, le salarié est-il exposé à des agents cancérigènes ou mutagènes ? OUI NON

Si oui, précisez exactement lesquels (indiquer les numéros de la liste d'aide)

Durée de l'arrêt de travail jours Date de début Date de fin

Accident du travail/trajet Maladie ou accident privé Remarques

Date : Signature de l'employeur : Obligatoire

Tous les champs sont obligatoires sauf ceux marqués d'un astérisque*.

*Art. L. 326-6 : Si un travailleur reprend son travail après une absence ininterrompue de plus de six semaines pour cause de maladie ou d'accident, l'employeur est tenu d'en avvertir le médecin du travail. Le médecin peut soumettre le travailleur à un examen médical ayant pour but d'apprécier son aptitude à reprendre son ancien emploi ou de déterminer l'opportunité d'une mutation, d'une réadaptation ou d'une adaptation du poste de travail.